Lane Medical Library

PSEUDOLEPRA.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 1. AUGUST 1888

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

ANTON ERNST

AUS PADERBORN.

OPPONENTEN:

Herr Dr. med. GRAESSNER.
- Dd. med. LENT.
- Dd. med. TIEMANN.

BERLIN 1888.

DRUCK VON A. HAACK, NW. DOROTHEENSTR. 55.

PSEUDOLEPRA.

INAUGURAL-DISSERTATION

ANTON ERNST

SEINEN TEUREN ELTERN

IN LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Die Lepra (Elephantiasis Graecorum, Aussatz) war in früheren Zeiten viel ausgebreiteter als heute, und erreichte den Höhepunkt ihrer Ausbreitung in Europa zur Zeit der Kreuzzüge. Sie galt als der Typus aller Krankheiten wegen der schrecklichen Verheerungen, die sie in dem ergriffenen Organismus anrichtete. Ein trauriges Los harrte derer, welche von dieser Geissel des Menschengeschlechtes getroffen wurden. Da man die Krankheit für sehr ansteckend hielt, eine Ansicht, die erst die neuere Forschung richtig gestellt hat, so wurden die armen Kranken dem Kreise der Familie entrissen und in den sogenannten Aussatzhäusern (Leproserien) auf das strengste isoliert, sie galten als bürgerlich tot. Seit jener Zeit hat sich die Ausbreitung der Lepra bedeutend geändert, und eine für uns überaus wichtige und sehr erfreuliche Thatsache ist die, dass zur Zeit ganz Mitteleuropa davon frei ist. Es ist von denen, welche dieser Krankheit ein hervorragendes Interesse gewidmet haben, geradezu der Satz aufgestellt worden, dass sporadische Erkrankungen in leprafreien Gegenden (also auch in unserm Vaterlande) nicht vorkommen und alle berichteten gegenteiligen Beobachtungen auf einem diagnostischen Irrtum beruhen.

Um so mehr musste es überraschen, als im Beginne dieses Jahres ein Patient aus Mitteldeutschland auf die dermatologische

Klinik zu Berlin kam, dessen Leiden in seiner ganzen Erscheinungsweise zu der Diagnose Lepra zu zwingen schien. Die typische Lokalisation der Knoteneruptionen, die bisherige Verlaufsweise, die Nebenerscheinungen, die Möglichkeit des Ausschlusses anderer Erkrankungen, welche bei der Diagnose in Betracht kamen, alles dieses drängte zu der Annahme, dass man es hier mit der in Deutschland so seltenen Lepra zu thun habe. Hätte dieser Kranke vor unserer Zeit gelebt, wo das Mikroskop in manchen Krankheiten die Diagnose zu kontrollieren vermag, oder in einer Gegend, in welcher die Lepra heimisch ist, er würde dem traurigen Schicksal der Leprösen nicht entgangen sein. Hier forderte trotz der anscheinenden Klarheit des Krankheitsbildes besonders der Umstand zur Vorsicht auf, dass einmal der Kranke aus einer leprafreien Gegend stammte, und dann ein Weg der Einschleppung durch einen Dritten anamnestisch nicht nachzuweisen war. Es wurde daher die genaueste Untersuchung für nötig befunden, die ja um so gebotener erschien, je mehr wir durch den Nachweis der von Hansen zuerst gesehenen spezifischen Mikroorganismen, die als sichere Ursache freilich von mancher Seite noch bestritten werden, im Stande sind, eine sichere Diagnose zu stellen. Auf Anregung und Veranlassung von Professor Schweninger habe ich diese Untersuchungen gemacht, überhaupt die Beobachtung und Darstellung dieses so interessanten Falles übernommen.

Anamnese: Patient, 72 Jahre alt, Forstmann, giebt an, dass seine Eltern beide ziemlich alt geworden sind. Sein Vater starb im Alter von 90 Jahren an einem Brustleiden, seine Mutter, 74 Jahre alt, an Entkräftung. Patient erinnert sich nicht, dass dieselben je an einer Hautkrankheit gelitten hätten. Auch in Be-

zug auf seine Geschwister ist nichts Derartiges zu konstatieren. Als Kind hat Patient ausser den gewöhnlichen Kinderkrankheiten einen schweren Typhus abdominalis durchgemacht. In den folgenden Jahren litt er regelmässig in der rauheren Jahreszeit an katarrhalischen Affectionen der Luftwege, die ihn im Frühjahre häufiger zwangen das Bett zu hüten. Patient stammt aus Mitteldeutschland, hat dort auch seine ersten Jugendjahre verlebt, und seine Studien führten ihn später nicht in andere Gegenden hinein. Nach dieser Zeit machte Patient grössere Reisen, die ihn jedoch südlich nicht über Süddeutschland, nördlich nicht über Berlin, östlich und westlich nicht über die deutschen Grenzen brachten. Nachdem Patient seine jetzige Stellung, die seinen Aufenthalt in Mitteldeutschland bedingt, eingenommen, hat er keine grösseren Reisen mehr unternommen. Im Jahre 1855 verheiratete sich Patient und hat derselbe mehrere gesunde Kinder gezeugt, die jetzt erwachsen sind. Vor 10 Jahren, also in seinem 62. Lebensjahre will Patient von einer schweren linksseitigen Pleuritis befallen gewesen sein, die ihn 6 Wochen an das Krankenlager fesselte. Im Jahre 1884 bemerkte die Frau des Patienten als derselbe Abends von der Jagd heimkehrte, eine rote, knötchenförmige Anschwellung an der linken Schläfe und glaubte sich Patient zu erinnern, dass er im Laufe des Tages hier wahrscheinlich einen Fliegenstich erhalten habe. Da die Anschwellung nicht zurückging, sondern etwas grösser und hart wurde, liess sich Patient dieselbe nach einiger Zeit excidieren. Vor zwei Jahren nahmen die katarrhalischen Affektionen, an denen, wie bemerkt, Patient regelmäfsig leidet, eine intensivere Form an, und war derselbe damals 14 Tage bettlägerig. Um dieselbe Zeit, in welche diese letzte

Erkrankung fiel, fing Patient an über stechende Schmerzen im Hinterkopf und eigentümlichen Schmerz in den Ohrläppchen zu klagen, doch vermochte er durch Ruhe und Warmhalten den betroffenen Stellen Linderung zu verschaffen und zeitweiliges Verschwinden der Schmerzen zu erzielen. Nicht lange nachher schwoll das linke Handgelenk und fing an schmerzhaft zu werden. Dem Patienten wurde von seinem Hausarzte Salicyl verordnet, und nach längerem Gebrauche verschwand Anschwellung und Schmerz. Im März des Jahres 1887 bemerkte Patient plötzlich einen etwa dreimarkstückgrossen mattroten, nicht über das Niveau der Haut emporragenden Flecken auf der Zornader. Hierauf aufmerksam geworden fand Patient beim Betasten neben diesem Flecken eine härtere knötchenförmige Anschwellung von dunkelrotem Aussehen. Nicht lange nachher erfolgten nach der Gegend des Nasenrückens zu mehrfache Knötcheneruptionen, die den Charakter des vorher beschriebenen Knötchens trugen, und allmählich wachsend confluierten, doch zwischen sich tiefe Furchen liessen. Drei Wochen nach Entstehung der ersten Eruptionen auf der Stirn bildete sich auf dem linken Jochbogen ebenfalls ein Knoten gleicher Art, darauf links von der Nase. Um Weihnachten begann eine Verdickung beider Ohrläppchen in toto; vor drei Monaten endlich wurde die rechte Nasenseite und Wange von diesen Bildungen ergriffen.

Die Lebensweise des Patienten war in den letzten Jahren eine mehr sitzende. Dafs er einem häufigen Wechsel von Wärme und Kälte ausgesetzt war, ergiebt sich aus seinem Berufe. Abusus spirituosorum wird für die jüngeren Jahre zugegeben, specif. Infektion in Abrede gestellt. Über Verstopfung und Herzklopfen, bemerkt Patient, habe er in den letzten Jahren öfter zu klagen gehabt, besonders

habe jede Aufregung letzteres hervorgebracht, auch habe sich seiner eine leichte Mattigkeit und trübe Stimmung bemächtigt. Eine grofse Empfindlichkeit der Haut soll von Jugend an bestanden haben. Patient, der sehr auf seinen Gesundheitszustand achtet, machte alle diese Angaben mit grosser Genauigkeit und Sicherheit. Sobald sich die ersten Knötchen zeigten, konsultierte derselbe seinen Arzt, und behandelte dieser den Patienten innerlich und äufserlich mit Jod. Diese Behandlung wurde 14 Tage hindurch fortgesetzt. Da jedoch weder eine Besserung noch ein Stillstand des Prozesses erzielt wurde, ging man zur Anwendung von Arsen über, welches bis Ende Juni 1887 gebraucht wurde. Auch dieses vermochte das Fortschreiten des Übels nicht zu hindern. Es wurden jetzt nacheinander erst einige Zeit kalte, darauf warme Umschläge versucht, nichts wollte helfen. Zuletzt machte Patient noch eine vierwöchentliche Milchkur durch. Februar 1888 entschlofs sich Patient dann nach Berlin zn reisen, um auf Veranlassung seines Arztes Professor Schweninger zu konsultieren. Um diese Zeit meldeten sich wiederum die schon erwähnten rheumatischen Schmerzen, welche, allerdings vorübergehend im rechten Fussgelenk und im rechten Arme auftraten. Von Februar bis Mai, wo Patient zum zweiten Male nach Berlin kam, wurden nach Anordnuug von Professor Schweninger Ichthyol-Pillen und Ichthyol-Pflastermull angewendet. Am 4. Mai liefs sich Patient auf Anraten behufs genauer Ueberwachung der Wirkung der angewendeten Mittel und besonders auch wegen Feststellung der Natur der Erkrankung in die Königliche Charité aufnehmen.

Status praesens:

Patient ist von mittelgrosser untersetzter Statur, mässig entwickelter Muskulatur und geringem Panniculus adiposus. Der Vollbart

ist fast weiss, das Haupthaar, welches zwischen den beiden Tubera bis zur Mitte des Kopfes fehlt, ist stark ergraut. Auf der Stirn von der obern Grenze der Augenlider an, bis etwa handbreit nach oben finden sich knollige Erhebungen, welche zwischen sich tiefe Furchen lassen. Die einzelnen Knoten sind von unregelmässiger Gestalt, ungefähr haselnussgross, einige wenige erreichen die Grösse kleiner Wallnüsse. Dieselben setzen sich scharf gegen die normale Haut ab. Weiter hinauf bis gegen die Mitte des Kopfes finden sich vereinzelte rote, etwas in das gelbliche spielende flache Flecke, die teilweise nicht wesentlich über die Oberfläche hervorragen, teilweise allerdings schon Erhebungen und flache Knotenbildung erkennen lassen. Die Einziehungen zwischen den Knoten oberhalb der Nase machen den Eindruck, als ob sie den durch den Corrugator supercilii gebildeten Falten entsprächen. Zwischen dem Anfange des Nasenrückens und einem unmittelbar oberhalb gelegenen Knoten befindet sich eine tiefe Furche. Unterhalb derselben ist die ganze Nase gleichmässig verdickt, so dass dieselbe einen unförmigen Klumpen bildet. Die Naso-Labial-Falte bildet wiederum eine tiefe Einziehung und oberhalb derselben setzt sich die Verdickung in einem länglichen Knoten nach unten und seitwärts rechts etwa 3 cm links, etwa 2 cm auf die Wangen fort, hier sich scharf gegen die normale Haut abgrenzend. Auf der rechten Wange, unmittelbar vor dem Ohre, zeigt sich ein etwa 4 cm langer und 3 cm breiter flacher Knoten, die grösste der vorhandenen Neubildungen, zu dem sich unmittelbar unterhalb noch ein kleinerer hinzugesellt. An derselben Stelle vor dem linken Ohre befindet sich gleichfalls ein kleinerer Knoten, ebenso auf dem linken Jochbogen. Die Ohrläppchen sind in toto bedeutend verdickt und vergrössert und hängen

in ihrer ganzen Länge mit der hier ebenfalls infiltrierten Wangenhaut zusammen. Weitere besonders subcutane Knötchen oder Flecken wie oberhalb der Stirn, sind im Gesicht nicht zu entdecken. Die Farbe der Gesichtshaut ist wie bei allen Personen, welche sich viel im Freien aufhalten schwach bräunlichrot. Diese Farbe geht über den von der Geschwulst eingenommenen Stellen in ein intensives Dunkelrot über, welches teilweise einen leicht bläulichen Schimmer zeigt. Dieser Farbenunterschied tritt auf der oberen Stirn und Kopfhaut, wo die Haut gegen die Witterung geschützt war, noch deutlicher hervor. Die über den Geschwulststellen befindlichen Hautpartieen zeigen nirgends irgend welchen Defect, es finden sich keine Rhagaden und keine Geschwürsstellen, doch haben dieselben einen eigentümlichen Glanz, zeigen ein gespanntes Aussehen und sind mehr oder minder durchscheinend. Im übrigen findet sich an der hier befindlichen Haut nichts Abnormes. Unter derselben, durch die Epidermis hindurchschimmernd, sieht man deutlich zahlreiche geschlängelte Venen verlaufen, denen sie ihr dunkelrotes Colorit zu verdanken hat. Haare sieht man auf ihr nur sehr vereinzelt und selbst da, wo man dieselben sonst dicht und zahlreich findet, z. B. an den Augenbrauen, sind sie undicht und spärlich. Die Haut über den Knoten abzuheben ist nicht möglich, sie erscheint mit der Unterlage fest verwachsen, ist infolgedessen auch absolut nicht verschieblich. Macht man den Versuch dazu, so verschiebt sich der betreffende Knoten in toto auf seiner Unterlage. Die Consistenz der Geschwulstmassen ist etwa der eines festen Speckes ähnlich, Fingereindrücke vermag man nicht hervorzurufen, dem betastenden Finger wird überall ein gleichmässiger Widerstand geboten. Schmerz giebt Patient bei

diesen Untersuchungen nicht zu erkennen, auch erklärt er auf Befragen, dass er nie an den betroffenen Stellen irgend welchen Schmerz empfunden habe, mit Ausnahme der erwähnten Schmerzen im Ohrläppchen, doch fühlt er jede Berührung an den Geschwulststellen ebenso wie an den normalen Stellen der Haut und kann die Sensibilität deshalb nicht als herabgesetzt betrachtet werden. Trotz der erheblichen Anschwellung der ganzen Nase ist das Cavum derselben nicht im geringsten verkleinert; Patient bemerkt auch, dass er innerhalb der Nase keine Verdickung, überhaupt nichts Ungewöhnliches empfinde. Die Geschwulst geht überall nur bis zur Grenze der Schleimhaut und greift nirgends auf dieselbe über, Lippen und Kinn sind von der Neubildung ebenfalls vollständig frei. Dieselbe greift jedoch beiderseits etwas auf die oberen Augenlider über, links in einem sehr geringen Masse, rechts etwas erheblicher und vermag das rechte Auge infolgedessen nicht so vollständig geöffnet zu werden wie das linke.

Die Knoten über den Augenbrauen und über der Nase zusammen mit denjenigen oberhalb der Naso-Labial-Falten verleihen dem Gesicht ein eigentümliches, finsteres, an ein Löwenantlitz erinnerndes Aussehen und denkt man leicht an die charakteristische Form der Lepra, welche schon von alters her als Leontiasis bezeichnet wurde.

Zu erwähnen ist noch die Thatsache, dass der rechte Arm an seiner Streckseite ebenfalls ähnliche Flecken und Knötchen zeigt, wie sie schon an der Stirn beschrieben sind. Am Oberarm finden sich im oberen und mittleren Drittel je ein, im unteren drei dieser Flecken, die hier eine rote etwas livide Farbe haben; die beiden oberen sind etwa zweimarkstückgross, von ausgesprochener Resistenz

und ein wenig prominent, die drei unteren sind etwas kleiner und mehr zu sehen als zu fühlen. Am ganzen Unterarm an der Streckseite bis zum Handgelenk herab finden sich zahlreiche bräunlichrote Flecken von geringer Grösse, welche deutlich zu fühlen sind und über das Niveau der Haut emporragen. Alle diese Bildungen machen ganz den Eindruck, als ob sie bei weiterem Wachstum zu gleichen Tumoren werden würden, wie wir sie im Gesicht kennen gelernt haben. Im übrigen fand sich am Patienten weiter nichts Krankhaftes, besonders waren keine Lymphdrüsenschwellungen zu konstatieren. Die Stimmung des Kranken war allerdings meistens eine etwas gedrückte, er klagte von Zeit zu Zeit über rheumatische Schmerzen, Mattigkeit, Herzklopfen und Verstopfung. Das rechte Handgelenk, welches Patient häufig als Sitz der Schmerzen bezeichnete, war etwas angeschwollen.

Da, wie schon im Anfange erwähnt, die Diagnose Lepra nach Erwägung aller Thatsachen sich mit fast zwingender Notwendigkeit zu ergeben schien, so wurde nach dreitägiger Anwendung von Empl. Hydrargyri am 9. Mai mit der von Unna gegen Lepra empfohlenen Resorcin-Behandlung begonnen und zwar wurde das Resorcin innerlich in Pillenform, äusserlich als Resorcin-Pflastermull angewendet*).

Patient nahm bis zum 12. Mai täglich eine Pille. An diesem

*) Die Resorcinpillen enthalten 0,1 Resorcin per Stück und sind überkeratiniert, damit sie sich erst im Darme auflösen. Resorcin-Pflastermull, nach Unna hergestellt von Apotheker Beiersdorf, Hamburg, besteht aus 1) ein. Mull 2) ein. dünnen Schicht Guttapercha 3) ein. klebenden Grundlage den wirksamen Stoff enthaltend. In unserem Falle ist die Grundlage oelsaure Thonerde und Vaselin mit etwas Gummi elasticum; und eine Rolle Pflaster = $^1/_5$ qd. m. = 1 m lang, $^1/_5$ m breit enthält 15 gr. Resorcin; das macht eine 50% Pflastersalbe, weil die Grundlage gering ist.

Tage trug Prof. Schweninger den auf der rechten Wange liegenden grössten Knoten behufs mikroskopischer Untersuchung ab. Die Schnittfläche hatte ein speckiges, graurötliches Aussehen. Die ziemlich reichliche Blutung wurde durch Compression leicht gestillt. Die Verheilung erfolgte unter antiseptischem Verbande per primam, und wurde die Wunde nach einigen Tagen ebenfalls nur mit Resorcin-Pflastermull bedeckt. Vom Tage der Operation ab nahm Patient täglich drei Pillen und wurden die Pflaster auf den Geschwulststellen alle drei Tage erneuert. Der Stuhlgang musste häufig durch leichte Abführmittel reguliert werden. Vom 15. Mai ab bekam Patient jeden zweiten Tag abwechselnd ein Arm- resp. Fussbad, welches mit einer Temperatur von 30° C. beginnend bis auf 40° gesteigert wurde. Die Dauer des Bades betrug 10 Minuten. Die Diät wurde streng geregelt, Rotwein, Chokolade, Cacao, Kartoffeln, Hülsenfrüchte, Reis, Caffee, Thee, Bouillon ganz verboten, in den Speisen und Getränken dem Kranken im übrigen viel Salz zugeführt. Eine günstige Wirkung dieser Behandlungsweise war in verhältnismässig kurzer Zeit insofern sichtlich, als die einzelnen Knoten ihre feste Consistenz verloren, weicher wurden und deutlich, wenn auch langsam zurückgingen. Am prägnanstesten war die Wirkung an der Nase, die, vorher einen unförmigen Klumpen bildend, allmählich wieder eine etwas menschlichere Form annahm. Patient war von dem Resultat sichtlich befriedigt und drängte, bald die weitere Behandlung zu Hause fortsetzen zu dürfen.

Mikroskopische Untersuchung.

1) Bakteriologische.

Ein Teil des am 12. Mai abgetragenen Stückes wurde sofort frisch untersucht. Bei der Untersuchung desselben wurde der

durch festes Streichen mit einem Messer über die Schnittfläche gewonnene Gewebssaft auf die vorgeschriebene Weise auf Leprabacillen untersucht. Der Saft wurde zwischen zwei Deckgläschen gebracht, getrocknet, und jedes Deckgläschen dreimal durch die Flamme gezogen. Hierauf wurde in Methylenblau resp. Fuchsin drei Minuten lang gefärbt, in verdünnter Salpetersäure einige Sekunden entfärbt, schliesslich drei Minuten lang in Methylenblau resp. Fuchsin gegengefärbt und das Präparat in Canadabalsam oder Glycerin untersucht. Die Untersuchung ergab bei sämtlichen Präparaten ein negatives Resultat, nirgends waren Bacillen oder Bakterien irgend welcher Art zu entdecken. Das Gesichtsfeld wurde von kreisrunden Zellen ausgefüllt, welche einen einzigen schönen, rot oder blau gefärbten, grossen, runden Kern enthielten mit mehreren deutlichen Kernkörperchen. Zwischen denselben sah man hier und da spärliche Bindegewebsfasern liegen.

2. Histologische Untersuchungen.

Das excidierte Stück wurde sodann senkrecht zur Oberfläche in mehrere kleinere Teile geschnitten, in Alkohol 2 Tage lang gehärtet, dann in Alkohol und Aether āā gelegt, nach 24 Stunden in Celluloidin eingebettet, mit diesem auf einem Korkpfropfen befestigt, und schliefslich in 80% Alkohol aufbewahrt. Es wurden darauf zwei der auf diese Weise behandelten Stückchen untersucht, die von zwei möglichst getrennt liegenden Enden des grossen excidierten Stückes genommen waren. Um eine genauere Uebersicht über den Bau der Geschwulst zu erlangen, wurden sodann Serienschnitte gemacht, in der Weise, dass von ca. je 30 auf einander folgenden Schnitten immer 3—6 Schnitte untersucht wurden. Die Schnitte wurden zunächst auf ihre Färbbarkeit

geprüft, wobei sich ergab, dass Haematoxylin die schönsten und klarsten Bilder lieferte. Sämtliche untersuchten Stücke beider Schnitte gaben fast ausschliesslich dasselbe Bild, so dass durch das Verfertigen von Serienschnitten hier eigentlich kein wesentlicher Vorteil gewonnen wurde. Mehrere Schnitte aus beiden Stücken wurden in Methylenblau und Fuchsin doppelt gefärbt, um nochmals auf Bacillen untersucht zu werden, doch ergab diese Untersuchung, wie an den frischen Präparaten des Gewebssaftes, ein negatives Resultat. Die übrigen, frisch verfertigten Schnitte wurden in Wasser gelegt, dann 3—5 Minuten in Haematoxylin gefärbt, in Wasser entfärbt und entweder in Glycerin oder, nach vorheriger Aufhellung in Cedernöl, in Canadabalsam untersucht. Bei schwacher Vergrösserung sah man folgendes Bild. Die Epidermis war in Vergleich zu derjenigen anderer normaler Hautstücke der Wange, die auf gleiche Weise behandelt und untersucht wurden, sehr dünn, ihre untere Grenze war nach der Cutis zu fast geradlinig, man sah trotz genauster Untersuchung weder Rete-Zapfen auf der einen, noch Papillen auf der andern Seite. Nur zuweilen wurde die Grenze unterbrochen durch ein Haar mit seinem Haarbalge oder den Querschnitt einer Vene, die dann ausserordentlich dilatiert erschien und oft so dicht unter der Epidermis lag, dass sie dieselbe hervorwölbte. Zwischen ihr und dem Unterhautzellgewebe sah man einen hellen fast gar nicht gefärbten Streifen von reticulärem Bindegewebe, in welchem bei näherer Betrachtung einzelne kleine gefärbte Punkte von runder Gestaltung zu erkennen waren. Unter dieser hellen Schicht zeigte sich dann plötzlich ohne allmählichen Uebergang eine dunkle, blaue Masse, in welcher man bei der schwachen Vergrösserung nur hin

und wieder einzelne feine helle Streifen und Punkte erkennen konnte, im übrigen sah man nichts als eine einzige blaue leicht gekörnte Masse. Bei starker Vergrösserung fand man diese blaue Fläche aus lauter Rundzellen zusammengesetzt. Das Protoplasma dieser Zellen ist kaum zu sehen, die Hauptmasse bilden die tief blau tingierten Kerne, welche wegen der Geringfügigkeit des Protoplasma und des fast vollständigen Mangels von Intercellularsubstanz sich zu berühren scheinen. Die Kerne enthalten 1—3 deutliche Kernkörperchen. Die hellen länglichen und runden Stellen in der blauen Masse sind zumeist parallelfaseriges Bindegewebe, ferner Querschnitte von Arterien und Venen oder von den Drüsenknäulen der Schweissdrüsen. Hie und da zeigt sich auch der Schrägschnitt eines Haarschaftes, nirgends aber sieht man elastische Fasern und, vielleicht zufällig, in keinem der Schnitte eine Talgdrüse, nirgends Karyokinese. In dem hellen Streifen zwischen Epidermis und dieser blauen Zellenmasse, dem Stratum reticulare der Cutis (das Stratum papillare ist ja nicht vorhanden) sieht man einzelne Zellen verstreut, welche ganz das Aussehen der in der blauen Masse des Unterhautfettgewebes befindlichen haben, doch ist ihre Menge ausserordentlich gering. Die Drüsenknäule der knäulförmigen Drüsen liegen vollständig in den an die Stelle des Unterhautgewebes getretenen Zellenanhäufungen. Die Cutis scheint bei vergleichender Betrachtung, wie ja schon das Verstrichensein der Papillen vermuten lässt, ebenso wie die Epidermis, verdünnt zu sein, im übrigen aber bieten beide Schichten nichts Abnormes. Die Venen scheinen meist auf dem Durchschnitte mit Faserstoff gefüllt, in den Arterien sieht man rote Blutkörperchen in Menge. Einzelne Schnitte wurden gefärbt und ungefärbt mit einem weichen

Pinsel ausgepinselt, doch konnte man dadurch Zellen aus der grossen Zellenanhäufung des Unterhautgewebes nicht entfernen. Bei stärkern Pinseln wurden Stücke des Schnittes zwar abgerissen, aber nicht die Zellen in dem angepinselten Stücke zum Weichen gebracht.

Epikrise:

Nach Darlegung aller klinischen und histologischen Facta käme die Frage an die Reihe, welchem pathologischen Prozesse wir hier gegenüberstehen und ergiebt sich zuerst die Notwendigkeit festzustellen, ob wir es mit einer blossen Entzündung oder mit einer eigentlichen Neubildung, einer Geschwulst zu thun haben. Zum Aufwerfen dieser Frage nötigt uns der histologische Befund. Wir sehen eine dichte Anhäufung von Rundzellen im Unterhautgewebe. Dieselbe lässt verschiedene Deutung zu und vermag uns der Beantwortung der Frage auf positivem Wege wenig näher zu bringen. Die Rundzellen finden wir sowohl als Produkt der Entzündung, wie auch bei verschiedenen Arten von Geschwülsten, welche unter dem Namen der bindegewebsartigen oder Granulationsgeschwülste zusammengefasst sind.

Läge hier Entzündung vor, so könnte es sich der Dauer des Verlaufes nach nur um eine chronische, diffuse Form derselben handeln. Dagegen spricht aber, dass ausser dem Tumor klinische Symptome der Entzündung fehlen und gefehlt haben, es ist ausserdem keine lokale Veranlassung, keine fortgesetz einwirkende Schädlichkeit zu finden, wie sie besonders in der Haut eine solche Entzündung hervorrufen würden. Der Prozess beginnt scheinbar ohne jede lokale Veranlassung, er schreitet fort, befällt verschiedene räumlich von einander entfernt liegende Punkte des Körpers, bildet

herdartige Wucherungen, verändert dadurch die Form der betroffenen Stellen, kurz verhält sich ganz so, wie wir es bei den Pseudoplasmen zu sehen gewohnt sind. Eine scharfe Grenze gerade zwischen den diffusen bindegewebsartigen Geschwülsten und der blossen Entzündung zu ziehen, ist allerdings unmöglich, doch glaube ich, dass wir gerade im vorliegenden Falle um so mehr eine Geschwulst anzunehmen berechtigt sind, als die scharfe Abgrenzung der Neubildung dem gesunden Gewebe gegenüber bei zwar bestehender diffuser Form, die Entwickelung aus kleinen deutlich in der Haut fühlbaren Knötchen und Flecken die produzierten Massen als etwas relativ Unabhängiges im Gewebe erkennen, lassen.

Eine weitere und nicht minder grosse Schwierigkeit erhebt sich, wenn man nun der Frage näher tritt, welcher bekannten und wol charakterisierten Form von Geschwulst diese Neubildung zuzugesellen ist. Liess uns schon bei Beantwortung der vorigen Frage das blosse mikroskopische Bild im Stich, so noch viel mehr bei dieser. Als sicher lässt sich annehmen, dass, da nach über ein Jahr langem Bestande selbst die erst entstandenen Knoten nicht über das Granulationsstadium hinaus eine weitere Entwickelung zeigen, wir es, wie schon gesagt, mit einer Geschwulstform zu thun haben, die den bindegewebsartigen oder Granulationsgeschwülsten zu subsummiren ist. Vergleichen wir deshalb den vorliegenden Fall in seiner histologischen und klinischen Erscheinungsweise mit allen denjenigen Arten von Geschwülsten, die infolgedessen bei der Differenzialdiagnose in Betracht kommen und sehen wir, ob auf diese Weise ein positives Resultat zu erzielen ist.

Von den Produkten, welche die Lues in ihrem Verlaufe hervorzubringen vermag, kämen die Gummata der Haut in Betracht.

Dieselben bieten zwei verschiedene Erscheinungsweisen auf der Höhe ihrer Entwickelung dar. Man unterscheidet eine weichere und eine härtere Form. Bei ersterer findet sich eine gallertige, faserige Intercellularsubstanz, in welcher eine Menge teils Spindel — teils kleinere oder grössere Rundzellen eingelagert sind. Die zweite Form gleicht der ersteren ganz, nur ist hier die Intercellularsubstanz von derberer Consistenz. Ein Charakteristicum beider Formen aber ist die bald eintretende regressive Metamorphose, eine längere Dauer hat keine Gummigeschwulst. Der Unterschied dieser Neubildungen mit dem vorliegenden Falle ist nicht schwer zu verstehen. Zuvörderst ist hier von Intercellularsubstanz fast keine Rede, Spindelzellen oder grössere Rundzellen finden sich nirgends und trotz der Dauer eines Jahres ist an keinem der Knoten Schrumpfung, geschwüriger Zerfall oder Narbenbildung zu beobachten.

Was die klinische Erscheinungsweise des Knotensyphilids anlangt, so charakterisiert sich dasselbe dadurch, dass die einzelnen Knoten, sobald sie älter werden, in ihren centralen Teilen durch die hier beginnende regressive Metamorphose eine Einsenkung zeigen, was bei keinem der Knoten in unserm Falle zu bemerken ist. Ausserdem ist hier weder anamnestisch, noch bei der Untersuchung irgend ein Anhaltspunkt für die Möglichkeit der Annahme von Lues gewonnen worden.

Eine weitere hier in Betracht kommende Erkrankung ist der Lupus. Der durch diesen Krankheitsprozess gebildete, durch dicht beisammen liegende kleinere abgrenzbare Knötchen und Infiltrate gebildete grössere Knoten zeigt in seinem Innern ebenfalls eine Anhäufung von kleinen runden Zellen, welche in einer weichen

Intercellularsubstanz eingebettet liegen. Diese Zellenwucherung geht durch die ganze Dicke der Cutis von dem Rete Malpighii bis tief in das subcutane Gewebe. Schon dadurch, dass die kleinzellige Infiltration bis an die Epidermis geht, unterscheidet sich das histologische Bild, welches dieser Prozess liefert von dem unseres Falles und weiterhin muss wiederum das anscheinend vollständige Fehlen von Intercellularsubstanz betont werden.

Auch in klinischer Beziehung ergeben sich augenfällige Unterschiede. Die Knötcheneruptionen im Anfange sind in Form, Farbe und Lage zwar ziemlich gleich, doch werden im weitern Verlaufe die Lupus-Knoten nie so gross, wie wir sie hier sehen, confluieren dieselben, so haben wir zwar oft grosse Infiltrate, die aber stets von geringerer Prominenz sind, nie so bedeutende Hervorragungen bilden, wie in unserm Falle. Nur in sehr seltenen Fällen können durch Wucherungen im subcutanen Gewebe im Verlaufe des Lupus elephantiastische Formen entstehen. In jedem Falle aber treten sehr bald regressive Vorgänge ein, und findet man neben bestehenden intakten Knoten, nachdem der Prozess einige Zeit bestanden stets Geschwüre und Narben, die ja bei unserm Kranken, wie schon gesagt, fehlen. Fernerhin entwickelt sich der Lupus erfahrungsgemäss in einer frühen Altersperiode, von dem ersten Lebensjahre an bis zur Pubertätszeit, und kommt im höheren Alter nur als recidivierender Lupus vor. Seine Prädilektionsstellen bieten allerdings mit der Lokalisation unseres Prozesses einige Ähnlichkeit, aber auch hier ergiebt sich hauptsächlich der Unterschied, dass die Erkrankung nirgends wie bei Lupus auf die Schleimhäute übergreift.

Zu erwähnen wäre in der Reihe der zu betrachtenden Geschwülste das im Jahre 1870 von Hebra und Kaposi zuerst

beschriebene Rhinosklerom. Auch bei diesem haben wir es mit einer kleinzelligen Infiltration zu thun, die aber im Gegensatz zu unserm Falle die Papillen nicht zum Schwunde bringt, obwohl sie in dieselben hineinwuchert und die Cutis vollständig durchsetzt.

Die Neubildung entsteht an der Nase und bleibt sehr lange auf dieselbe beschränkt, schreitet sie weiter fort, so geschieht dieses entweder nach den Choanen zu oder um den Mund herum, Characteristica genug um sie in unserm Falle auszuschliessen.

Viel schwieriger als bei den bis jetzt erwähnten Erkrankungen ist eine klare und beweisende Unterscheidung von den Sarkom-Bildungen, welche in der Haut ihren Sitz haben. Von denselben kommen natürlich nur diejenigen in Betracht, die sich durch kleinzellige Wucherung auszeichnen, und haben wir in der Haut zwei Formen, die sogenannten Fleischwarzen, Verrucae carneae*) und die eigentlichen Hautsarkome, die mit diesen kleinen Rundzellen ausgestattet sein können. Bei der erstern Gruppe findet sich die Neubildung hauptsächlich in der Cutis, hinauf bis zum Rete Malpighii, hinunter nur selten bis in das Unterhautgewebe, ihr hauptsächlicher Sitz ist der Papillarkörper und ein Teil der Cutis. Die Zellen sind umgeben von einer weichen Intercellularsubstanz und die Epidermis geht in gleichmässiger, öfters hügeliger Schicht über dieselben hinweg. Zwischen diesen Bildungen und unserer Geschwulst den Unterschied zu finden ist so wenig schwer, dass ein näheres Eingehen darauf nicht nötig erscheint. Die eigentlichen Hautsarkome bieten verschiedene Erscheinungsweisen dar. Nach ihrem Sitze zerfallen sie in oberflächliche und tiefe. Die oberflächlichen entwickeln sich in der Cutis, haben alsdann ein

*) Virchow, krankhafte Geschwülste. Bd. II. p. 223.

lappiges, warziges Aussehen und findet man auf dem Durchschnitt die Zellinfiltration in den einzelnen Herden hauptsächlich in der eigentlichen Cutis. Der lappige Bau und das Ergriffensein der Cutis schliessen auch diese Form leicht aus. Die tiefer sich entwickelnden lokalisieren sich im Unterhautgewebe und können längere Zeit Epidermis und Cutis unversehrt über die Geschwulst hinweggehen. Die Zellformen, welche in ihnen enthalten, sind allerdings meistens Spindelzellen, doch kommen auch Rundzellen vor. Wir haben es also bei dieser Form, gerade wie in unserm Falle mit einer kleinzelligen Infiltration des Unterhautgewebes zu thun, bei der die Intercellularsubstanz ziemlich verschwunden ist und wo Epidermis und Cutis nahezu intakt über die Geschwulst hinweggehen. Der Unterschied dokumentiert sich in manchen Fällen dadurch, dass diese Sarkom-Formen einen kugelig-lappigen Bau zeigen, ist dies jedoch nicht der Fall, so vermag man keinen klaren Unterschied im mikroskopischen Bau zwischen den beiden in Frage kommenden Neubildungen zu erkennen und muss sich damit begnügen, dass man in diesen seltenen Fällen auf klinischem Wege die Entscheidung zu treffen sucht.

Hier ergeben sich denn auch prägnante Unterschiede. Im allgemeinen gilt für die Sarkome folgender Satz: Je zellenreicher ein Sarkom ist, ein um so schnelleres Wachstum zeigt dasselbe.*) Es müsste also die vorliegende Geschwulst, die ja einen seltenen Zellenreichtum zeigt, in der langen Zeit ihres Bestehens eine viel weitere Ausbreitung erfahren haben, sie müsste ferner längst Metastasen gebildet haben, sollte sie eine solche sarkomatöse Neubildung sein. Ein Sarkom fühlt sich ausserdem niemals so hart an, es ist weich und gleitet das

*) Birch-Hirschfeld. Bd. I. p. 144.

Messer beim Schneiden leicht hindurch, während bei Abtragung des Knotens unsere Geschwulst einen Widerstand bot ungefähr wie fester Speck. Weiterhin neigt das Hautsarkom eher, je länger es besteht, und je häufiger es Insulten ausgesetzt ist, zu Geschwürsbildungen und glaube ich, dass der vorliegenden Neubildung, sofern sie Lust dazu gehabt hätte, durch die verschiedenen therapeutischen Versuche reichlich Gelegenheit gegeben wäre, zu ulcerieren.

Einige Ähnlichkeit bietet das Aussehen unseres Kranken ferner mit dem, welches durch Elephantiasis Arabum hervorgerufen werden kann, und es giebt auch ein Stadium der Elephantiasis, in welchem diese Geschwulstform meist aus Rundzellen besteht. Doch ist dieses Stadium sehr kurz und es wird dieselbe gewiss kein Jahr bestehen, ohne beträchtliche Bindegewebswucherung hervorgebracht zu haben. In allen von mir gesehenen Präparaten von Elephantiasis habe ich stets ein deutliches Balkengerüst von Bindegewebe konstatieren können und war ausserdem der Papillarkörper meist hypertrophisch.

Eine gewisse Ähnlichkeit des vorliegenden Falles selbst mit dem zweiten Grade von Acne rosacea, lässt sich nicht abstreiten, insofern ziemlich an den gleichen Stellen wie hier gleiche Knoteneruptionen zu finden sind, doch kann man diese Erkrankung schon deshalb ausschliessen, weil das erste Stadium, die diffuse Rötung der Nase und Wangen, das Hitzegefühl und Brennen in den betroffenen Teilen, welches sehr lange zu bestehen pflegt, fehlt, und es ist auch nicht anzunehmen, dass dieses der Kenntnis des auf sich selbst so achtenden Kranken entgangen wäre, wenn es bestanden hätte.

Das Erythema nodosum möge deshalb hier Erwähnung finden,

weil im Anfange des Prozesses diese Diagnose von dem behandelnden Arzte gestellt worden war. Die Knotenbildungen haben an und für sich in ihrer Entwickelung und auf der Höhe derselben zwar einige Ähnlichkeit mit denen unseres Falles, doch fehlt das Bild einer acuten Infektionskrankheit, wie es das Erythema nodosum bietet, ganz. Es fehlen das oft heftige Fieber, verbunden mit den Störungen des Allgemeinbefindens, es geht die Dauer des Prozesses ferner weit über das Mass der Dauer des Erythems hinaus. Ausserdem lokalisiert sich dasselbe immer zuerst an den Unterschenkeln und ergreift erst secundär das Gesicht.

Im Anfange schon erwähnte ich, dass in der ersten Zeit, als der Patient hier zur Beobachtung kam, mit Vorbehalt die Diagnose Lepra gestellt worden war, dass zwar keineswegs die Schwierigkeiten verkannt wurden, die sich dieser Diagnose entgegenstellten, dass aber das klinische Bild, welches das Leiden darbot, eine Ähnlichkeit mit dem der Lepra zeigte, die vollauf diese vorläufige Annahme rechtfertigte. Schon vor dem eigentlichen Beginne der Erkrankung klagte Patient, wie aus der Anamnese ersichtlich, über Mattigkeit, trübe Stimmung, rheumatoide Schmerzen und Herzklopfen. Nachdem diese Schmerzen längere Zeit bestanden, entdeckt Patient einen grössern hyperämischen Flecken auf der Stirn, neben demselben einen kleinen Knoten, über welchem die Haut dunkelrot ist. Allmählich wird der Fleck in toto härter, ragt hervor und färbt sich dunkler. In langsamer aber stetiger Weise bilden sich nun die schon beschriebenen Geschwulstmassen im Gesichte aus. Im weitern Verlaufe wird in ähnlicher Weise der rechte Arm ergriffen. Dabei ist die Haut über den Knoten zwar dunkel- später bräunlichrot, aber bis zur Zeit völlig intakt,

nirgends zeigen sich Rhagaden, nirgends Geschwürsbildungen. Alle diese Erscheinungen, dazu die Lokalisation des Prozesses, die so charakteristische Entstellung des Gesichtes (facies leontina) von der wir übrigens eine wolgetroffene photographische Abbildung besitzen, das spärliche Haar auf den Geschwülsten in der Gegend der Augenbrauen, gaben der Erkrankung eine nicht zu verkennende Ähnlichkeit mit der Lepra tuberosa. Als sodann die glatte Heilung der verhältnismässig grossen Wunde nach Excision des vor dem rechten Ohre befindlichen Knotens konstatiert wurde und ferner die Geschwulstmassen unter der von Unna gegen Lepra empfohlenen Resorcin-Behandlung einen deutlichen Rückschritt zeigten und eine weichere Beschaffenheit annahmen, da gaben diese Thatsachen der Diagnose eine noch grössere Wahrscheinlichkeit

Trotzdem musste diese Diagnose fallen, nachdem nach genauer Untersuchung und gewissenhafter Anwendung der angegebenen Methode die von Hansen zuerst gesehenen specifischen Mikroorganismen, die Leprabacillen, von denen die Präparate in der Regel geradezu wimmeln, nicht gefunden worden waren. Auch zeigten die mikroskopischen Bilder noch einige weitere Verschiedenheiten von denen der Lepra-Knoten. Bei Lepra geht die Zellenwucherung in die Cutis hinein und schreitet bis zum Rete Malpighii vor, hier dagegen haben wir eine intakte Cutis. In den älteren Lepra-Knoten findet man die Gebilde der Oberhaut atrophiert, die Haarbälge, die Schweiss- und Talgdrüsen sind verschwunden, in unserem Falle sind wolerhaltene Haarbälge und Schweissdrüsen durchaus nicht selten; Talgdrüsen habe ich allerdings nicht gesehen.*) Mehr

*) Nicht uninteressant ist es wenn ich erwähne, dass gewiegte Mikroskopiker und namhafte Autoren, welche die Präparate einsahen, stellenweise eine grosse

Eigentümlichkeiten bietet der junge im ersten Wachstum begriffene Lepra-Knoten und wäre es deshalb von grosser Wichtigkeit gewesen, auch hier einen kleinen Knoten zu excidieren und zu untersuchen u. z. nicht allein zur Vergleichung mit Lepra, sondern auch der andern in Betracht kommenden Neubildungen wegen und ferner, wenn erreichbar, zur Feststellung der Thatsache, von welchen Gebilden der Haut die Zellenproliferation ausgeht. Doch war die Möglichkeit hierzu absolut nicht gegeben und mussten wir uns mit dem in therapeutischem Interesse allein gestatteten Excidiren des grossen Knotens begnügen.

Nach Erwägung sämtlicher Thatsachen, nach Vergleichung mit den bei der Differenzialdiagnose zu beachtenden Geschwulstformen ergiebt sich schliesslich als Resultat, dass unser Fall zu keiner derselben gehört. Wir haben eine Geschwulst vor uns, die sich langsam, im Zeitraume eines Jahres entwickelt hat, deren einzelne Knoten von derber Consistenz, von dunkel- bis bräunlichroter Farbe sind, keine regressive Metamorphose erkennen lassen, deren mikroskopisches Bild eine Wucherung von kleinen Rundzellen im Unterhautgewebe zeigt, zwischen denen sich feine Bindegewebszüge finden, über die Cutis und Epidermis, mit Ausnahme des Fehlens der Papillen und einiger Verkleinerung im Dickendurchmesser, intakt hinweggehen. Eine befriedigende Ätiologie vermögen wir nicht festzustellen, denn wenig zureichend wäre es doch, den obenerwähnten noch dazu unsicheren Fliegenstich, welchen Patient vor Entstehung seines Leidens erhielt, anklagen zu wollen.

Ähnlichkeit mit dem mikroskopischen Bild bei Lepra fanden, so dass also wirklich nur der allerdings weit wichtigere Mangel von charakterischen Bacillen für die Diagnose den Ausschlag gab.

Das klinische Verhalten des Falles führte uns zu der vorbehaltlichen Diagnose Lepra und haben wir gesehen, welche Ähnlichkeit mit dieser Erkrankung besteht. Deshalb halte ich es für gerechtfertigt, schon um darauf aufmerksam zu machen, dass Fälle vorkommen, die mit Lepra eine so grosse Ähnlichkeit haben und bei genauer Untersuchung sich doch nicht als solche erweisen, den vorliegenden Fall als **„Pseudolepra“** zu bezeichnen. Dass dieser Name nichts Positives bezeichnet, dass er eigentlich nur eine Negation ist, weiss ich sehr wol und bin mir der Unvollkommenheit der Bezeichnung voll bewusst; aber eben weil er dies nicht thut, und weil ich hoffe, dass Untersuchungen ähnlicher Fälle zu einer vollständig in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung völlig befriedigenden Erforschung der vorliegenden Erkrankungsform führen werden, fernerhin aus vorerwähnter Absicht der Warnung habe ich diesen Namen gewählt. Es wird späterhin nach Beobachtung und Untersuchung mehrerer derartiger Fälle sich wol eine das Wesen des Prozesses treffende Benennung ergeben.

Ein einzelner Fall giebt, wenn das Resultat der Untersuchung auch noch so klar zu sein scheint, die Berechtigung zu einem solchen Vorgehen nicht, da trotz der gewissenhaftesten Untersuchung Irrtümer nicht ausgeschlossen sind, es liegen jedoch schon verschiedene Berichte über ähnliche Fälle vor, die allerdings vor die Zeit der Entdeckung der Leprabacillen fallen. So berichtet Dr. Alfred Bidder*) aus Mannheim über eine Kopfgeschwulst von ähnlicher Lokalisation und ähnlichem Aussehen. Die Unterschiede, welche zwischen unserem und dem erwähnten Falle existieren, sind hauptsächlich solche, die den unsrigen der Lepra noch mehr an-

*) Langenbeck's Archiv für Chirurgie B. 21, p. 320.

nähern. Bei unserem Patienten begann der Prozess an einer für die Lepra typischen Stelle, bei jenem auf dem Scheitel, in unserem Falle ist der Tumor nicht gleichmässig diffus, nur stellenweise wulstig, sondern hat derselbe eine exquisite Knotenform und die behaarte Kopfhaut ist hier in der Hauptsache verschont. Die Lymphdrüsen, welche in jenem Falle geschwollen waren, konnten bei unserm Patienten allerdings nicht als geschwollen betrachtet werden; dagegen fehlten bei jenem Kranken die Prodromalerscheinungen, welche unser Patient als längere Zeit vorhergehend angab, in jenem Falle war die Jod-Behandlung von Erfolg begleitet, während bei unserem Patienten früher damit kein Erfolg erzielt worden war. Im übrigen aber zeigen beide Fälle eine grosse Uebereinstimmung und ist namentlich das mikroskopische Bild fast dasselbe. Leider sind in jenem Falle bakteriologische Untersuchungen nicht gemacht worden, da ja derselbe in die Zeit vor Entdeckung der Leprabacillen fällt. Dr. Bidder nennt die von ihm beobachtete Geschwulst ein diffuses subcutanes Lymphoid, doch sagt er selbst, dass dieser Name ein sehr willkürlicher und unzureichender sei, da weder ein Zusammenhang mit dem Lymphgefässsystem, noch ein Ausgehen der Erkrankung von den Lymphgefässen der ergriffenen Partieen nachgewiesen sei. Je weniger aber in beiden Fällen der histologische Befund Charakteristisches ergab, desto passender erscheint es mir, den so wichtigen klinischen Ergebnissen auch durch die Bezeichnung Beachtung zu schenken.

Weitere, vielleicht ähnliche Fälle, die an Lepra erinnern giebt Virchow*) in seinem hervorragenden Werke über die krankhaften

*) Virchow, Krankhafte Geschwülste. B. II. p. 540.

Geschwülste ebenfalls an. Damals bot die Unterscheidung grössere Schwierigkeiten wie jetzt nach Entdeckung der specifischen Mikroorganismen, aber schon damals warnt dieser grosse Forscher vor Verwechselung dieser Formen mit der echten Lepra in folgenden nachdrücklichen Worten*): „Ich bemerke noch einmal, dass ich diese Fälle, indem ich sie vorläufig als leproide bezeichne, in keiner Weise als Aussatzfälle betrachte. Wären sie in Aussatzländern vorgekommen, so ist es sehr leicht möglich, dass sie von Manchem als ächte angesehen worden wären, wenngleich eine genauere Untersuchung ihre Verschiedenheit von der wahren Lepra ergiebt. Ich führe sie hier gerade deshalb an, um vor solchen Verwechselungen zu warnen."

Seit der Abreise des Patienten in seine Heimat ist eine weitere Beobachtung für uns bis jetzt nicht möglich gewesen und sind die versprochenen Mitteilungen noch nicht gemacht worden. Hoffentlich ist es späterhin thunlich, zu konstatieren, welchen weiteren Verlauf das Leiden genommen hat, und behalte ich mir vor, darüber weiter zu berichten.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, Herrn Dr. Philipp für die gütige Unterstützung bei der auf Anregung des Herrn Professor Schweninger verfertigten Arbeit meinen verbindlichen Dank auszusprechen.

*) Virchow. Krankhafte Geschwülste B. II. p. 543.

THESEN.

I.

Bei fluor vaginalis gonorrhoicus ist die Anwendung von Tampons, welche mit Aluminium aceticum getränkt sind, bei täglichem Wechsel eine der besten Behandlungsweisen.

II.

Bei nässendem Ekzem der Kinder ist die Behandlung mit 3% Lösung von Argentum nitricum die beste.

III.

Zur Verhütung der Infektion durch tierische Parasiten ist eine strenge Durchführung der Massregel notwendig, das als schädlich erkannte Schlachtstück dem Handel zu entziehen.

Lebenslauf.

Verfasser, Anton, Franz, Sales Ernst, Sohn des Kaiserl. Postmeisters Wilh. Ernst, wurde am 24. März 1864 zu Paderborn geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Düsseldorf, welches er Ostern 1884 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Vom 1. April 1884 bis zum 1. October desselben Jahres genügte er seiner Dienstpflicht mit Waffe in der 3. Kompagnie des ersten westfälischen Infanterie-Regiments Nr. 13. Im Juli 1886 bestand er das Tentamen physicum, und im Juli 1888 das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bardeleben, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Diltey, Eichler (†), Ewald, Fräntzel, Gerhardt, Gurlt, Gusserow, Hartmann, v. Helmholtz, Henoch, Hirsch, v. Hofmann, Koch, Köhler, Kossel, Leuthold, G. Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, Olshausen, Oppenheim, Overweg, Senator, Salkowsky, Schultze, Schweigger, Schwendener, Schweninger, Virchow, Waldeyer, Westphal.

Allen Diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser hiermit seinen besten Dank aus.